

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS EN EL  
SERVICIO DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL NIVEL III DE ATENCION DE  
POPAYÁN CAUCA. FEBRERO - ABRIL DE 2010

CESAR AUGUSTO SANDOVAL  
JOSE GRAVIN FERNANDEZ QUINTERO  
LUIS GABRIEL MUÑOZ ORDOÑEZ

UNIVERSIDAD EAN - UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYAN CAUCA  
POPAYAN  
2012

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS EN EL  
SERVICIO DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL NIVEL III DE ATENCION DE  
POPAYÁN CAUCA. FEBRERO - ABRIL DE 2010

CESAR AUGUSTO SANDOVAL  
JOSE GRAVIN FERNANDEZ QUINTERO  
LUIS GABRIEL MUÑOZ ORDOÑEZ

Asesor:  
MARTIN EMILIO CERÓN

UNIVERSIDAD EAN - UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYAN CAUCA  
POPAYAN  
2012

## CONTENIDO

1. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	9
4. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE.....	10
4.1 DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.....	10
4.1.1 Características de la Historia Clínica (Resolución 1995 de 1999) .....	10
4.1.2 Calidad de la Historia Clínica.....	12
4.2 LA AUDITORIA HERRAMIENTA DE GESTIÓN: .....	12
4.2.1 Aspecto Médico Legal.....	12
4.2.2 Aspectos Normativos.....	13
4.2.3 Aspectos Técnicos Evaluativos .....	13
4.2.4 Aspectos Éticos .....	13
4.2.5 Aspectos financieros administrativos.....	13
4.2.6 Aspectos docentes y de investigación. ....	13
4.3 NORMATIVIDAD.....	13
4.4 LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORIA .....	14
4.5 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN: .....	16
4.5.1 Descripción del servicio de internación del hospital.....	16
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	18

5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	18
5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES. ....	18
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	20
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCUSIÓN .....	20
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	22
7. CONCLUSIONES .....	32
8. RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS .....	36

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado	22
Tabla 2. Notas de evolución médica diarias y completas	23
Tabla 3. Ordenes médicas diarias y completas	24
Tabla 4. Análisis de resultados de paraclínicos	25
Tabla 5. Legibilidad de la Historia clínica.	26
Tabla 6. Cumplimiento de las 5 características de calidad en la atención.	27
Tabla 7. Justificación de hospitalización.	28
Tabla 8. Gestión con entidades y /o intrahospitalaria a eventos pendientes.	29
Tabla 9. Responsabilidad de la revista diaria por especialista.	30

## 1. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La auditoría médica nació en los hospitales norteamericanos en 1918, iniciándose con un sistema de acreditación de hospitales por el Colegio de Cirujanos, colocando especial énfasis, en aquella época, en el perfeccionamiento de las historias clínicas, la técnica de auditoría médica comenzó a difundirse en Chile en el año 1952, mediante artículos, traducciones publicadas en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud.<sup>1</sup> Por ende la auditoría de atención en salud, al trabajar en base a registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada<sup>2</sup>, al evaluar las historias clínicas, se está evaluando parcialmente la calidad asistencial<sup>3</sup>.

La auditoría de historias clínicas busca en lo posible demostrar y argumentar no conformidades que deberán convertirse en recomendaciones a la institución evaluada, siendo un trabajo arduo, paciente y continuado, con ello se promueve la crítica constructiva y se desvirtúa la crítica ajena de las auditorías o sea que el esfuerzo desde dentro de las Instituciones Médicas o de grupos de trabajo a favor de la autocrítica, queda reflejada en las auditorías y se devalúa la crítica y el menosprecio<sup>4</sup>.

En Perú el año 2002, Atienza realizó un trabajo comparativo denominado Comparación de Historia Clínica Electrónica e Historia en papel donde analizo 48 Historias clínicas en los dos medios (papel y electrónica) y obtuvo lo siguiente: en cuanto a la búsqueda de información, cuando se deseaba buscar un dato específico en la Historia Clínica Electrónica el resultado se obtenía en menos de un segundo, en la Historia Clínica en papel, la búsqueda llevo en algunos casos a mas de 20 minutos, en 10 oportunidades no se encontró debido a el abandono por parte de quien buscaba, la justificación fue por falta de legibilidad de la misma. Quizás la información estaba pero no se encontró. Además la Lectura de

---

<sup>1</sup> SOLAR MA. Auditoría Médica II: Experiencia extranjera y nacional. *Rev Méd Chile* 1960; 88: 601.

<sup>2</sup> CORRAL GOMEZ, Fj. ARROJO LOPEZ, I. GALLEGOS VALDEIGLESIA, A. MARTINEZ BARREDO, Jm. MEILAN PEREZ, A. MIGUEZ GALLEGOS, M. FERNANDEZ CAMIÑAS, Ja. MACHIN FERNANDEZ. Auditoría de las historias clínicas de un centro de salud en base a técnicas de control de calidad. *Revista: Centro de Salud* 1995; 3(2):95-100.

<sup>3</sup> OSORIO S, Guido. SAYES V, Nilda. FERNÁNDEZ M, Lautaro. ARAYA C, Ester. POBLETE M, Dennis. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. Méd. Chile.* 130(2).

<sup>4</sup> BANTI. Hacia una revaloración asistencial y médico-legal de la historia clínica. *Rev de la Asociación Médica de Argentina* 2009; 122:33-35.

Información, en el 100 % de las Historias Clínicas Electrónicas no hubo problemas de legibilidad, en el papel el 100 % de las Historias Clínicas tenían el 65 % de hojas con frases o palabras totalmente ilegibles.

A nivel nacional se encuentra documentado que la valoración porcentual de la media de la calidad de las historias clínicas esta en el 69.56 % equivalente a una valoración aceptable<sup>5</sup>, en Popayán en el 2007 con el estudio de Ramírez y Carol, titulado evaluación del cumplimiento de criterios clínicos y administrativos de las historias clínicas del área de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán se observa que existe alguna falencia en los registros de la historia clínica en un porcentaje del 20 % de las historias clínicas evaluadas.

También al considerar la importancia que tiene la historia clínica, es frecuente encontrar, que este documento, no es más que una recopilación de anexos desordenados, de difícil lectura y de escasa identificación, hechos que dificultan extraordinariamente su uso práctico, en consecuencia los datos importantes de los pacientes son omitidos ó extraviados generando inconvenientes en el momento en el paciente requiere una atención y repercute negativamente puesto que no existe una secuencialidad del proceso patológico que afecta al paciente<sup>6</sup>.

En el Hospital de Popayán se auditan historias clínicas con objetivos netamente de facturación y con el objetivo de crecimiento institucional o corrección de posibles faltas comunes en un documento tan valioso como es la historia clínica, nuestra pregunta de investigación es: ¿Cual es la calidad de los registros clínicos realizados por médicos en el servicio de internación del hospital?, se busca a través de un formato prediseñado y ya aprobado por el hospital evaluar la calidad de las historias clínicas de acuerdo a la normatividad vigente, realizar la medición de errores más comunes encontrados en las historias clínicas para así tener bases documentadas que permitan direccionar las actividades de auditoría hacia el crecimiento institucional tanto a nivel clínico como administrativo enfocados en beneficio del paciente.

---

<sup>5</sup> Russell IT, Wilson BJ. Audit: the third clinical science? Quality in health care 1992; 1: 51-5.

<sup>6</sup> MAYOL PERERA, Ma. Martha. SALVADOR CASALS. XXVI congreso nacional y primer congreso latinoamericano de administradores de servicios de salud, c.u.d.a.s.s. Montevideo. 2005.

## JUSTIFICACIÓN

El concepto de garantía de calidad, se sustenta en asegurar a los usuarios un determinado nivel de perfección. La mejoría continua de la calidad tiene como objetivo establecer un control permanente de los procesos para lograr su optimización. La calidad total significa que la suma de los recursos de una institución se orienten a la satisfacción de los usuarios .y al trabajar en base de registros de la atención clínica se contempla también la calidad de la atención misma, así también la existencia de una historia clínica única, bien confeccionada y debidamente identificada, escrita con letra clara, legible y completa, puede servir para descartar la mala praxis, ya es bien conocido por el personal de salud que lo no consignado en la historia clínica, equivale a lo no realizado por el médico o personal asistencial y podrá presumirse como no realizado.

Los adelantos en salud han promovido el surgimiento de las especializaciones, siendo evidente la necesidad del trabajo en equipo, también se da la derivación de los pacientes a hospitales con el fin de recibir tratamientos más complejos y adecuados según sus enfermedades, entonces es por esto que la historia clínica se ha convertido en un importante instrumento de comunicación entre quienes participan del cuidado del paciente. Además el tratamiento y las correspondientes anotaciones en la historia clínica son responsabilidades compartidas por un grupo interdisciplinario.

Por ello la importancia de realizar un estudio que permita recopilar información de los registros, el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la notificación al servicio de internación de los hallazgos encontrados para que sean corregidas las actividades a mejorar y así obtener registros e información confiable. Los beneficiarios de este informe son los pacientes que reciben la atención con mejoras continuas de los canales de comunicación como lo es la historia clínica, también son los médicos a los cuales se les retroalimentan los hallazgos encontrados y el personal asistencial el cual se beneficia de las mejoras que pueda sufrir la historia clínica al mejorar el registro y la comunicación a través de este documento.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de los registros clínicos realizados por médicos en el servicio de internación del hospital.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Identificar las áreas críticas del registro medico en el servicio de internación.
- Establecer un diagnostico según hallazgos encontrados en los registros médicos realizados en la historia clínica.
- Realizar recomendaciones a los médicos responsables de los registros clínicos en el área objeto de estudio.

## **4. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE**

### **4.1 DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

El concepto de historia clínica implica, la inclusión en un único documento de toda la información relativa a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución a través de toda su vida. La integridad es, pues, la principal característica con que se debe contar, ya que no se trata simplemente de un documento destinado a registrar una serie de hechos anormales referentes a la salud de un individuo, sino que debe constituir la síntesis de todos los momentos en que se sufre alguna enfermedad. El acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo o documentarlo, en lo que se denomina la historia clínica (acto médico documental), que por normatividad legal es de carácter obligatorio. (Art. 34 de la Ley 23 de 1981 y Resolución 1995/99)

La resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Art. 1 la define la historia clínica como "Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley". Igualmente se define el Equipo de Salud que es el personal que utiliza usualmente la historia clínica como Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

#### **4.1.1 Características de la Historia Clínica (Resolución 1995 de 1999)**

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

**Obligatoriedad del registro:** Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

**Diligenciamiento:** La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

**Identificación del usuario:** Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

Registros específicos. Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta<sup>7</sup>.

#### **4.1.2 Calidad de la Historia Clínica**

Existen características que permiten determinar la calidad de la historia clínica por tal motivo debe ser:

- Completa
- Coherente
- Sustentada
- Sin espacios en blanco
- Autorizaciones incluidas
- Fechada y firmada
- Legible

#### **4.2 LA AUDITORIA HERRAMIENTA DE GESTIÓN**

Abarca el aspecto médico legal asistencial, el administrativo y el financiero contable y ético.

**4.2.1 Aspecto Médico Legal.** Se actúa para prevenir la ineficiente práctica en salud, observando el cumplimiento de las normas legales y disposiciones sanitarias vigentes, actuando en estrecha relación y colaboración con Asesoría Jurídica.

---

<sup>7</sup> SOLAR, MA. Auditoría Médica II: Experiencia extranjera y nacional. *Rev Méd Chile* 1960; 88: 601. Pág. 2

**4.2.2 Aspectos Normativos.** Estimula la elaboración, revisión y readecuación de normas, pautas y manuales de procedimiento que regularicen el cumplimiento y su ejecución.

**4.2.3 Aspectos Técnicos Evaluativos.** A través de la valorización de los actos y conductas, realizando un control de calidad de éstos.

**4.2.4 Aspectos Éticos.** Supervisar el cumplimiento de normas éticas y morales en las conductas de las personas, denominada: Deontología médica, que establece el deber de ser del actuar médico, junto al Comité de Ética Médica de cada Institución.

**4.2.5 Aspectos financieros administrativos.** Compatibilizando una buena relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.

**4.2.6 Aspectos docentes y de investigación.** Estimulando la enseñanza y perfeccionamiento, consiguiendo efectos educativos y preventivos para lograr aprendizajes y experiencias a los estudiantes de la salud.

### **4.3 NORMATIVIDAD**

**La Ley 10 de 1990** reestructura el Sistema Nacional de Salud, elevándose la salud al rango de Servicio Público.

**La Reforma Constitucional de 1991, en sus artículos 209 y 269,** estableció el deber de la administración pública, de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia será evaluada por la Contraloría General de la nación.

**La Ley 87 de 1993,** implementa desarrolla y consolida Las auditorias internas en el sector estatal, y su Filosofía y enfoque es el de retomar del sector privado la práctica de la auditoria, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.

**El Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006,** establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS y define la Auditoria

como el mecanismo sistemático, continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad de atención en salud que reciben los usuarios, basado en accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, características orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, para efectos de evaluar y mejorar su calidad.

**El Ministerio de Salud Nacional, en su Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999,** establece las características, generalidades y privacidad de la Historia Clínica. Esta Resolución fue expedida por el Ministro de Salud Virgilio Galvis Ramírez para sentar un precedente acerca de las normas para el manejo de la Historia Clínica.

#### **4.4 LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORIA**

El auditor interno en el desempeño de su actividad profesional debe cumplir una serie de requisitos: Los más relevantes son su independencia de las actividades que audita; el apoyo de los directivos para ejecutar su trabajo en forma libre y sin interferencias; la objetividad, vale decir, mantener una cierta actitud mental, que le permita tener la honesta convicción que en el producto de su trabajo no exista nada que comprometa la calidad de su labor; debe tener conocimientos, habilidades y destrezas en la aplicación de las normas, procedimientos y técnicas requeridas para la auditoría; ética profesional, para cumplir con normas profesionales de conducta que le imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad<sup>8</sup>.

La auditoria de historias clínicas se debe diferenciar de la "revisión o análisis de la historia clínica", ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro en la ficha clínica de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados. La "auditoría de historias es un proceso que incluye la revisión de ella, y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando.

Los objetivos fundamentales de la auditoria de la historia clínica son dos:

---

<sup>8</sup> Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.

- Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.
- Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "auditor en salud" y luego debe ser sometido a una revisión de "un equipo de pares" o de expertos.

Se debe considerar que las auditorías de historias clínicas se efectúan en los establecimientos asistenciales con la finalidad de evaluar la calidad técnica y por su intermedio la del trabajo médico desarrollado en ellos<sup>9</sup>.

Los archivos y documentación clínica que realiza el departamento de registros se verifica en las Auditorías. Los estándares de uso común como el control del proceso de archivado, el control de préstamo y devolución de historias clínicas, así como el control de bases de datos del departamento de registro, se evalúa para establecer la disponibilidad de la historias clínicas, además en la verificación se evalúa si las historias están debidamente identificadas, si están correctamente escritas y con letra legible por el Médico, enfermería y demás integrantes del equipo de salud también se verifica su orden, según reglas preestablecidas, así como la colocación de los análisis clínicos y paraclínicos, y los estudios que correspondan a cada una de ellas.

La auditoría debe incluir:

- Comprobación y mejora de la Informatización.
- Integración con evaluaciones económicas de procesos Asistenciales.
- Auditoría interna. Evaluación y gestión de calidad
- Gestión de cambios.

Para la realización de auditoría de la historia clínica, el documento esencial es la Historia Clínica. Junto con los patrones estándares y la labor del auditor permiten el análisis del Trabajo Médico ya que la historia clínica es el documento en el cual

---

<sup>9</sup> Contraloría General de la República de Chile. Comité de Control Externo. Oficina Técnica: Normas de Auditoría de la Contraloría General, 1996.

se registra la totalidad de las prestaciones en salud recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, las solicitudes y todo lo que se quiere dejar constancia con relación a la enfermedad del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener la curación de los enfermos.

La Historia Clínica es única para el establecimiento, es un documento reservado y en relación al médico y al personal involucrado está protegida por el Secreto Profesional.

La Historia Clínica debe reunir varios requisitos:

- a) Uso de letra legible y clara. Esto se ve disminuido en el caso de uso de Historia Clínica Electrónica.
- b) Debe ser completa oportuna y pertinente.
- c) La información debe ser clara, concisa y ordenada, para permitir un análisis eficiente.

#### **4.5 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

El centro Asistencial de tercer nivel de complejidad, nació de manera formal en 1711, durante varios siglos el Hospital ha estado al servicio del Cauca y del suroccidente colombiano, Aporta al mejoramiento de la salud en la comunidad del Departamento del Cauca, mediante la prestación de servicios especializados médico-quirúrgicos, de cuidado crítico, apoyo diagnóstico, complementación terapéutica y rehabilitación

**4.5.1 Descripción del servicio de internación del hospital.** El servicio cuenta con 9 cuartos bipersonales: capacidad de 18 pacientes y 6 cuartos unipersonales para una capacidad total de: 24 pacientes en sus instalaciones físicas cuenta con:

- 1 estación de enfermería.
- 1 cuarto limpio junto a la estación de enfermería donde se almacenan y preparan los medicamentos, se encuentra el carro de paro y la nevera para guardar los medicamentos que requieren refrigeración.
- 1 cuarto para la ropa destinado a almacenar el material limpio como: camillas, sillas de ruedas, ropas, sábanas, cobijas, la estufa para calentar el agua de los pacientes y otros.



- 1 cuarto sucio donde se encuentran tres compreseros grandes donde se deposita la ropa sucia.
- 1 cuarto destinado para el cafetín y vestier del personal del servicio, donde se encuentran los casilleros, sillas, bombas de infusión y la estufa.
- 1 cuarto de almacenamiento intermedio de residuos hospitalarios.
- 1 cuarto de aseo
- 1 cuarto de descanso de los jefes de Enfermería donde se encuentra toda la papelería del servicio (órdenes médicas, notas de enfermería, evolución etc.) e insumos varios del servicio.

El Recurso Humano del servicio de internación es el siguiente:

- 3 Médicos Residentes
- 1 Médico especialista
- 4 Médicos Hospitalarios: 1 x turno
- 4 Médicos Internos.
- Profesionales de Enfermería: 1 por turno.  
2 Enfermeras planta: Cuyos horarios de trabajo se extienden de Lunes a sábado y no realizan turnos nocturnos.  
4 Enfermeros contratistas: Se encargan de los turnos nocturnos y de fin de semana, además de alternan turnos de día en otros Servicios.
- Auxiliares de Enfermería: 3 por turno.  
5 de planta y 7 por contrato.  
4 pasantes: 2 por turno, no realizan turnos nocturnos.
- Servicio: Repostería  
Aseo.
- Interconsultas con otras especialidades

Morbilidad: Las enfermedades que se manejan con mayor frecuencia en el servicio son Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar, Enfermedad Renal y Enfermedad Cardiaca entre otros.

## 5. DISEÑO METODOLOGICO

**5.1. TIPO DE ESTUDIO.** Descriptivo Retrospectivo de corte transversal.

**5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.** Se considera una población (N: 220) dado que es número de egresos mensuales en el servicio con una confianza del 95,5 % que determina que  $k=2$ , deseamos un error muestral del 5% (e) y consideramos una  $p=0.8$   $q=0.2$  con la anterior afirmación necesitaríamos una muestra de 119 historias clínicas por mes dado que se evaluarán 3 meses la muestra para el presente informe será de 360 historias clínicas.

### 5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado.	El ingreso de internación completo es en el cual se registra la causa de ingreso, anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes personales y familiares, signos vitales, examen físico, impresión diagnóstica, comentario clínico y conducta.	Ordinal	Excelente. Bueno. Regular. Malo.
Notas de evolución medica diarias y completas.	Es la nota registrada en la historia clínica que describe síntomas y signos, evolución del paciente y manejo del día evolucionado.		Excelente. Bueno. Regular. Malo.
Ordenes médicas diarias y completas.	La orden medica diaria completa es la que se evidencia la orden medica clara especialmente en la formulación de medicamentos identificando nombre	Ordinal	Excelente. Bueno. Regular. Malo.

	genérico o comercial, presentación, dosis y vía de administración.		
Análisis de resultados de de paraclínicos.	Es el registro que evidencia la interpretación de los resultados paraclínicos y definición de la conducta adoptada	Ordinal	Excelente. Bueno. Regular. Malo.
Legibilidad de la Historia clínica.	Se considera como la historia clínica se puede leer fácilmente, es considerada como ilegible la historia que sea de difícil lectura por 3 personas del servicio estudiado.	Ordinal	Excelente. Bueno. Regular. Malo.
Cumplimiento de las 5 características de calidad en la atención.	Verificar si se cumple con Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad. Según lo define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Ordinal	Excelente. Bueno. Regular. Malo.
Justificación de hospitalización.	Acción de definir por que el paciente está internado como completando antibióticoterapia, en estudio clínico y describir las actividades que se están realizando en pro de mejorar la salud del paciente actividades con las cuales se justifica la estancia.	Ordinal	Numero de historias clínicas correctamente diligenciadas dividido Total de historias clínicas evaluadas por 100.

Gestión con entidades y/o intrahospitalaria a eventos pendientes.	Es la consignación de las actividades que se realizaron en la estancia del paciente actividades como gestión de actividades a realizar en cirugías, remisiones, trámite de interconsultas.	Ordinal	Numero de historias clínicas correctamente diligenciadas dividido Total de historias clínicas evaluadas por 100.
Responsabilidad de la revista diaria por especialista.	Se enuncia en la nota médica quien es el especialista responsable de la revista clínica por turno y además la nota debe estar refrendada por el especialista de turno o tratante.	Ordinal	Numero de historias clínicas correctamente diligenciadas dividido Total de historias clínicas evaluadas por 100.

#### 5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historia clínica que ingrese al servicio de internación del hospital como documento de manejo de un paciente internado.
- Historia clínica de pacientes que egresen del servicio de internación.
- Historia clínica completa.
- Historia clínica en buen estado.

#### 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes que sean trasladados a otros servicios.
- Historias clínicas solicitadas para procesos jurídicos o procesos legales.
- Historias clínicas con menos de 24 horas de internación.
- Se excluirán para la evaluación los registros realizados en otros servicios sea urgencias u otras internaciones.

#### 5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la realización del formato de recolección de información se considera la viabilidad de evaluar las características mínimas que debe cumplir una historia clínica según la literatura revisada y la normatividad vigente al momento de

realizar el estudio. Ver (Anexo 2: Instrumento de evaluación de historias clínicas elaborado por el hospital).

**Nota:** Se asigna un código para cada médico evaluado con el objetivo de brindar privacidad a la información y al médico evaluado, igualmente no se anexara el número de cada una de las historias clínicas evaluadas.

## 5.6 PROCEDIMIENTO

- Solicitud de aval a la institución.
- Revisión de literatura concerniente a Auditoria y Legislación de historias Clínicas en salud.
- Diseño del formato de evaluación de historias clínicas.
- Aplicación el formato prediseñado y prueba piloto.
- Revisión por especialistas y asesorías.
- Prueba piloto.
- Diseño de base de datos.
- Revisión de historias clínicas.
- Ingresar la información en base de datos diseñada.
- Tabulación, graficación de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos.
- Documentación como trabajo de informe final de la especialización en auditoria.

Existe un rango de evaluación el cual va de acuerdo al numero de historias evaluadas que se calcula multiplicando el numero de historias evaluadas por el puntaje mayor posible a obtener y el puntaje menor a obtener, posteriormente la información se totaliza y se promedia de acuerdo al numero de historias evaluadas y el total de los puntajes para así saber en que grado promedio se esta cumpliendo con el registro en historia clínica

Los criterios de evaluación de distribuyen según el rango promedio de cumplimiento de cada variable en una clasificación de malo, regular, bueno o excelente según el grado de cumplimiento de las variables en el cual se agrupan los promedios obtenidos para catalogar las calificaciones con respeto a la historia clínica y retroalimentarlos con base a estos rangos predeterminados, en el análisis se tomara sin discriminar los valores mayores o menores de tal modo se evaluara cada variable de forma independiente por medico y posteriormente se agrupara la calificación del equipo medico para obtener un valor consolidado de calificación del servicio y así realizar el análisis de cumplimiento en el registro de historia clínica.

## 6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó una evaluación del proceso de calidad de diligenciamiento de la historia clínica, al servicio de internación de una institución de III nivel de la ciudad, al aplicar criterios al 100 % (4) de los médicos hospitalarios del servicio, tomado como muestra 360 registros clínicos diligenciados por los médicos responsables de la atención en el servicio de internación en el periodo de estudio, encontrando los siguientes resultados.

**Tabla 1. Registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado**

	Medico uno	Medico dos	Medico tres	Medico cuatro	Total servicio de internación
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	59	68	83	37	<b>246</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	32	23	7	53	<b>114</b>
Distribución porcentual del registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado	<b>65%</b>	<b>75%</b>	<b>92%</b>	<b>41%</b>	<b>68%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>

En la auditoria del periodo de Febrero a Abril de 2010 en el registro medico de ingreso a internación se observó que el médico cuatro tuvo una calificación mala (41 %) y el medico 3 una calificación excelente (92 %) y que el promedio alcanzado por el servicio es regular al tener una calificación de (68 %) este porcentaje coincide con el estudio de Ramírez G y Carol M en la evaluación del cumplimiento de criterios clínicos y administrativos de las historias clínicas del área de urgencias del hospital universitario San José de Popayán, entre los hallazgos que generaron una calificación regular se encuentran el no diligenciamiento del nombre completo del paciente o su número de identificación, así como también los antecedentes personales los cuales no se evidencian

registrados en las historias clínicas. Al compararlo con un estudio realizado en la UBA Coomeva de Bucaramanga en el 2008 se evidencia que los resultados encontrados están por debajo de lo observado en Bucaramanga por que los médicos tienen un diligenciamiento de motivo de consulta optimo (96%) así como el examen físico completo (94%) y la enfermedad actual (90%) estos registros tuvieron similares características únicamente con el médico tres (92%), con el resto de los médicos se observo están por debajo del 75% del puntaje alcanzado.

**Tabla 2. Notas de evolución médica diarias y completas**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	62	68	61	50	<b>241</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	28	22	29	41	<b>119</b>
Distribución porcentual para notas de evolución medica diarias y completas	<b>69%</b>	<b>76%</b>	<b>68%</b>	<b>55%</b>	<b>67%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>

Se observo que el médico dos alcanzo una calificación buena (76%) y que dos médicos alcanzaron un valor regular (68% y 69%), por debajo de la calificación de estos tres médicos esta la calificación del médico cuatro con un valor malo (55%), el promedio del servicio es regular (67%), se observa que hay un medico en particular que tiene continua con un registro deficiente en las dos tablas analizadas, al realizar la aplicación del instrumento se encontraron fallas en los registros como no evidencia de un examen físico completo, no descripción de los diagnósticos que se están tratando al paciente, el resultado encontrado es superior al alcanzado en un estudio similar realizado en la UBA COOMEVA de Bucaramanga en el 2008<sup>10</sup> en el cual se obtuvieron resultados de diligenciamiento en un rango malo (46.5%) observamos que los resultados son mejores en un 20.5%.

<sup>10</sup> LLANOS, I. MAYCA, J. NAVARRO, G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. 2006. *Rev Med Hered* 17 (4).

Al considerar que todo médico debe ajustarse a normas de elaboración y manejo de la historia clínica y que desde un punto jurídico la historia clínica no es elaborada como una herramienta probatoria ni defensiva, sino que debe ser diligenciada en el cumplimiento de un deber legal porque es la ley la que hace obligatorio su trámite y su desobediencia responsabiliza al actor mismo la información aquí descrita toma una importante relevancia.

**Tabla 3. Ordenes médicas diarias y completas**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	50	57	52	43	<b>202</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	41	33	38	47	<b>158</b>
Distribución porcentual para ordenes medicas diarias y completas	<b>55%</b>	<b>63%</b>	<b>58%</b>	<b>48%</b>	<b>56%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>

En esta variable se observo que solo el médico dos alcanzo una calificación regular (63%) y que los otros tres médicos obtuvieron una calificación mala oscilando en valores porcentuales entre 48% y 58% así también el promedio del servicio de internación es malo con 56%, gran parte de las falencias encontrada en estos registros corresponden a la formulación de medicamentos en el cual no se evidencia claramente la dosis, frecuencia, nombre del medicamento.

En el estudio realizado por Pérez Andrea titulado evaluación de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional Sergio Eduardo Amaya Moreno realizado en Bucaramanga en el 2007 se observo que en el 17% de las historias clínicas revisadas no se registraba el nombre genérico del medicamento, dosificación, presentación, cantidad y tiempo de tratamiento, según lo observado en este estudio encontramos un valor superior de no registro de estas características en la orden medica el cual asiende a más de la mitad del valor obtenido con calificación mala (56%)



Este indicador de registro permite evidenciar que es lo que ordena el medico o que es lo que solicita para atender de forma integra a un paciente y de él depende gran parte del adecuado cumplimiento de la administración de medicamentos por los auxiliares, así también es de recordar que el acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo y documentarlo, en lo que se denomina historia clínica (Acto medico Documental) que por normatividad es de carácter obligatorio como se evidencia en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 del Ministerio de Salud y en el articulado de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de la Protección Social, por tal motivo como evidencia esta variable la información registrada como orden medica no es completa ni esta quedando registrada satisfactoriamente en la historia clínica.

**Tabla 4. Análisis de resultados de paraclínicos**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	51	55	46	59	<b>212</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	39	35	44	31	<b>149</b>
Distribución porcentual en análisis de resultados de paraclínicos	<b>57%</b>	<b>61%</b>	<b>51%</b>	<b>66%</b>	<b>59%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>

Se evidencio una calificación en el servicio de internación para el análisis de resultados paraclínicos mala (59%) dado que no se registra el análisis de los paraclínicos solicitados y en ocasiones se transcriben los mismos datos reportados en el laboratorio o la ayuda diagnostica pero no se registra la conducta tomada con el paraclínico de esta forma no queda evidenciada la racionalidad científica al ordenar el laboratorio, en otras oportunidades se solicita el paraclíncio y se da de alta sin realizar el análisis u obtener el resultado de la ayuda diagnostica, igualmente se observo que el médico uno y tres tienen calificaciones malas con un 57% y 51% respectivamente y los médicos dos y cuatro obtuvieron calificaciones de 61% y 66% en este ítem la historia clínica tiene un papel protagónico, fundamental en los procesos de responsabilidad medica, en este estudio

coincidimos con la iniciativa de considerar nuevos estudios sobre racionalidad de paraclínicos y su utilidad en los servicios de hospitalización como los propuso el autor y su estudio: MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Medical audit rationale and practicalities. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p. 26-36. Otros estudios como el de Guzmán Fernando titulado la historia elemento fundamental del médico, realizado en Bogotá en el año 2006<sup>11</sup> se observó como causa de malos registros de laboratorios encontrada en su estudio (17%) era por qué no se registraba fecha y el resultado de los exámenes solicitados de tal forma observamos que existen múltiples causas para considerar como deficientes los registros clínicos médicos en esta variable y que el presente estudio encontró resultados falentes por encima de lo documentado superándolo en 42% al tomar el referente el estudio anteriormente mencionado.

**Tabla 5. Legibilidad de la Historia clínica.**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	79	80	68	63	<b>291</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	11	10	22	27	<b>69</b>
Distribución porcentual para la historia clínica es legible	<b>88%</b>	<b>89%</b>	<b>76%</b>	<b>70%</b>	<b>81%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>

En el estudio de calidad de las historias clínicas: un camino hacia la mejora de la comunicación institucional en la revista de un hospital en Argentina J: M Ramos Mejía en su edición electrónica Volumen XV - N° 3- 2010. Se observa un indicador de grado de cumplimiento de las historias clínicas de 68% con calificación buena un 24 % regular y muy buena en un 7% y deficiente en un 1% obteniendo una

---

<sup>11</sup> GONZALES LEÓN, Martha. GOMES, Ricardo. Evaluación de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-cavecera. Bucaramanga 2008. Disponible en línea: [http://biblioteca.ces.edu.co/asp/catalogacion/Ver\\_registro.aspx?id=40848&pag=catalogo](http://biblioteca.ces.edu.co/asp/catalogacion/Ver_registro.aspx?id=40848&pag=catalogo).

calificación en la escala similar a la del presente informe que presenta resultados buenos para la variable historia clínica legible al alcanzar el 81%, obsérvese que solo un medico se encuentra en un rango regular (70 %) y la calificación alcanzada por los médicos restantes fue buena oscilando entre 76 % y 89 % ante estos hallazgos se puede considerar que la legibilidad no es una área crítica del registro medico en las historias clínicas de internación, se observo letra clara al realizar los registros en historia clínica, las historias son de fácil lectura, esta variable puede permitir utilizar las historias para recolección de información o como herramienta educativa para mejorar los estándares médicos y como herramienta permite una utilización con calidad y eficiencia de los recursos de salud<sup>12</sup>.

**Tabla 6. Cumplimiento de las 5 características de calidad en la atención.**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	18	14	13	43	<b>87</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	72	77	77	47	<b>273</b>
Distribución porcentual según cumplimiento con las 5 características de calidad en la atención	<b>20%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	<b>48%</b>	<b>24%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>

Se observo que de las 360 historias clínicas revisadas 273 están incorrectamente diligenciadas por lo que se evidencio una calificación mala para la totalidad de los médicos e igualmente para el servicio de internación (24%), dado que los registros no permiten evidenciar la oportunidad, continuidad, accesibilidad, en la historia clínica y en lo observado los médicos uno, dos y tres están por debajo del 20%, el médico cuatro particular esta en 48%, ítem muy importante a mejorar por la IPS dado el resultado del servicio obtenido (24%), al considerar los resultados con el

<sup>12</sup> Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud de Colombia.

estudio realizado en Bucaramanga por Pérez Andrea titulado evaluación de las historias clínica en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional Sergio Eduardo Amaya Moreno realizado en el 2007<sup>13</sup> encontramos una media de la calidad de 69.56 % equivalente a una calificación aceptable, observamos entonces que la diferencia con los resultados obtenidos con nuestro estudio es de 45.56 % y que se debe hacer un gran esfuerzo medico de registro en esta variable si se quisiera alcanzar este estándar Aceptable.

**Tabla 7. Justificación de hospitalización.**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	52	77	67	68	<b>265</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	38	13	23	22	<b>95</b>
Distribución porcentual para se esclarecen los criterios porque el paciente esta hospitalizado	<b>58%</b>	<b>86%</b>	<b>74%</b>	<b>76%</b>	<b>74%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>

Observamos que por lo general los cuatro médicos del hospital estudiados son los que atienden a los pacientes en los diferentes días de la semana y que con frecuencia necesitan consultar la historia clínica para evidenciar por que le paciente se encuentra hospitalizado, la calificación alcanzada en esta variable por el médico dos fue buena (86 %) al igual que el médico cuatro (76 %), el médico tres obtuvo una calificación regular (74 %) y el médico uno un resultado malo (58 %), así entonces el promedio alcanzado por el servicio es regular al tener una calificación de (74 %) faltándole muy poco para lograr una calificación de resultado bueno. Esta variable tiene este comportamiento por que los médicos no registran claramente en la evolución el plan de manejo y la conducta a seguir así como

<sup>13</sup> PEREZ, Andrea, Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional Sergio Eduardo Ayala Moreno, Bucaramanga . Santander 2007. Disponible en línea; [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_las\\_historias\\_clinicas\\_servicio\\_urgencias\\_Clinica\\_Regional.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf) Citado: 12/01/2012.

también hay falencias al describir el estado actual en la evolución clínica registrando en ocasiones estable un ítem que no permite evidenciar por que le paciente está internado.

Desde el punto de vista administrativo se considero que a este tipo de historias clínicas se les realiza auditoría externa por los pagadores al hospital y que se pueden estar generando pérdidas económicas dado que si se presenta una glosa a la institución prestadora de servicios (IPS) por falta de criterios de hospitalización se presentaría una poca capacidad de recuperación por el hospital considerando las características regulares de los registros.

**Tabla 8. Gestión con entidades y /o intrahospitalaria a eventos pendientes.**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	41	60	36	18	<b>155</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	50	30	54	72	<b>205</b>
Distribución porcentual según evidencia en historia clínica la gestión diaria realizada con entidades y /o intrahospitalaria a eventos pendientes.	<b>45%</b>	<b>67%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>43%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>

Se observo que de las 360 historias clínicas revisadas 205 están incorrectamente diligenciadas por lo que se evidencio una calificación mala para tres médicos e igualmente para el servicio de internación (43%), dado que los registros no permiten evidenciar que los médicos registren las actividades que realizan, tal como llamadas o comunicaciones con auditores externos o cuando se comentan los pacientes, motivo por el cual queda un vacío en el registro clínico de la gestión diaria por el médico. Estos registros no evidencian si se tramita frente a una entidad promotora de salud (EPS), secretarías de salud departamental o municipal actividades requeridas por los usuarios.

Se observo un medico con calificación regular (67%) y los tres restantes con resultado obtenido malo oscilando entre 20% y 45%, esta variable evalúa los registros relacionados con tramites frente a la red de servicios , exámenes y especialidades que no se ofertan en la institución y requieren de la gestión de los médicos para brindar oportunidad al paciente, este indicador apenas se documenta y se busca implementar, el registro en la historia clínica no permitió evidenciar si se gestiono una actividad a un paciente asumiéndose en muchas ocasiones que no se realizo el tramite por no estar documentado en la historia clínica se considero como no realizado, recayendo entonces la responsabilidad sobre el hospital y el médico al evidenciarse que no se gestiono lo que requirieron los usuarios que se hospitalizan en el hospital, también se pudo considerar que las estancias prolongadas por falta de gestión si se glosan por los pagadores en pocas oportunidades se podrán soportar con la historia clínica y por tal motivo se aceptaran como perdidas por el hospital.

**Tabla 9. Responsabilidad de la revista diaria por especialista.**

	<b>Medico uno</b>	<b>Medico dos</b>	<b>Medico tres</b>	<b>Medico cuatro</b>	<b>Total servicio de internación</b>
Historias clínicas evaluadas	90	90	90	90	<b>360</b>
Historias clínicas correctamente diligenciadas	47	56	34	38	<b>175</b>
Historias clínicas incorrectamente diligenciadas	43	34	56	52	<b>185</b>
Distribución porcentual según se esclarece quien es el responsable de la revista diaria y se soporta nota hospitalaria con firma del especialista.	<b>52%</b>	<b>62%</b>	<b>38%</b>	<b>42%</b>	<b>49%</b>
<b>Calificación según rango</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Malo</b>

Se observo que solo el médico dos obtuvo un resultado regular (62%) y que los otros tres médicos restantes obtuvieron una calificación mala oscilando entre el 52% y el 38%, el resultado promedio para el servicio fue malo (49%) por qué no se evidencia en la mayoría de los casos quien es el especialista responsable de la revista médica y por tal motivo no se evidencia que el especialista paso la ronda clínica diariamente con estos pacientes, esta se constituye en una falla graven el registro clínico dado que esta institución está en la obligación de garantizar la

valoración diaria por especialista y al no quedar el soporte de esta actividad en la historia clínica se puede intuir que no se realizó generando entonces falencias de oportunidad y continuidad en el manejo.

Analizando la generalidad del estudio se logró observar que las variables en rango malo son: ordenes medicas diarias y completas, el análisis de resultados de paraclínicos, el cumplimiento de las 5 características de calidad en la atención, la evidencia en historia clínica la gestión diaria realizada con entidades y/o intrahospitalaria a eventos pendientes y el esclarecimiento de quien es el responsable de la revista diaria. Las variables que se clasifican como regular son: registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado, notas de evolución médica diarias y completas y el esclarecimiento de los criterios porque el paciente está hospitalizado, y finalmente una variable clasificada como buena para el servicio de internación siendo la legibilidad de la historia clínica. En total 5 variables se encuentran en rango malo, 4 regular y 1 en rango bueno.

## 7. CONCLUSIONES

Los resultados al evaluar la calidad de los registros clínicos realizados por médicos en el servicio de internación del hospital refleja que se encuentran en un rango de malo a bueno lo cual requiere de intervención que conlleven al mejoramiento del registro clínico dado que la información contenida en la Historia clínica, es fundamental para evaluar la calidad de la atención y tiene directa relación con la calidad científico- técnica, es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier entidad Hospitalaria.

Las áreas críticas del registro medico en el servicio de internación según los hallazgos y las variables del presente informe son las ordenes médicas diarias y completas, el análisis de resultados de paraclínicos, el cumplimiento con cinco características de calidad en la atención, el evidenciamiento en historia clínica de la gestión diaria realizada con entidades y /o intrahospitalariamente a eventos pendientes y el esclarecer quien es el responsable de la revista diaria evidenciando el soporte en la nota hospitalaria con firma del especialista.

El diagnostico según hallazgos encontrados en los registros médicos realizados en la historia clínica es que el registro en general del servicio de internación de la institución es predominantemente a malo, oscilando entre malo regular y bueno, en ningún caso se observo puntaje obtenido como excelente y por tal motivo hay imperante necesidad de educar al Grupo interdisciplinario asistencial en la importancia del correcto diligenciamiento de la historia clínica según las normas vigentes Res. 1995 de 1999 y en especial, sobre la obligatoriedad de los componentes de registro.

La información obtenida en este informe es similar a la referida a documentos publicados en sitios de consulta, en el cual prevalece la falla en el cumplimiento de los componentes esenciales de la historia clínica como son: firma y sello e análisis de paraclínicos, órdenes médicas siendo prudente realizar capacitación del personal médico que registra en historia clínica para gradualmente ir realizando reformas a nivel de mejora en el registro en historia clínica lo cual llevara al fortalecimiento del manejo clínico en el servicio.



## 8. RECOMENDACIONES

Fortalecer en el personal médico que labora en la institución la divulgación de las leyes que reglamentan los registros en las historias clínicas y el beneficio que puede tener el diligenciar está de una forma clara y correcta de igual manera se debe dar a conocer las implicaciones legales que tiene el no llevar estos registros de esta forma.

Continuar realizando la evaluación de los registros en las historias clínicas por médicos, además dar continuidad en la socialización de los resultados de las auditorías a las personas a quienes se les desarrollo el proceso con el fin de crear conciencia del error y permitir el mejoramiento continuo en el diligenciamiento de las historias por los médicos.

Supervisar la disponibilidad de formatos actuales, al momento de realizar los registros médico y realizar ajustes a la herramienta de medición una vez se socialicen los resultados y fortalecerlo con las recomendaciones del personal asistencial.

Se debe considerar lo referido en el estudio sobre viabilidad del proceso de sistematización de la historia clínica en una IPS Arenas Rizo, Bleidy Paola universidad del bosque Bogotá, D.C s.n; 2011. Online. Citado 03 Marzo 2011. Se documenta y recomienda "la modernización y la alta competitividad ha generado en las IPS la necesidad de implementar cambio"

## BIBLIOGRAFIA

- 1 SOLAR, MA. Auditoría Médica II: Experiencia extranjera y nacional. *Rev Méd Chile* 1960; 88: 601.
  
- 2 CORRAL GOMEZ, Fj. ARROJO LOPEZ, I. GALLEGO VALDEIGLESIA, A. MARTINEZ BARREDO, Jm. MEILAN PEREZ, A. MIGUEZ GALLEGO, M. FERNANDEZ CAMIÑAS, Ja. MACHIN FERNANDEZ. Auditoría de las historias clínicas de un centro de salud en base a técnicas de control de calidad. *Revista: Centro de Salud* 1995; 3(2):95-100.
  
- 3 OSORIO S, Guido. SAYES V, Nilda. FERNÁNDEZ M, Lautaro. ARAYA C, Ester. POBLETE M, Dennis. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. Méd. Chile.* 130(2).
  
- 4 BANTI. Hacia una revaloración asistencial y médico-legal de la historia clínica. *Rev de la Asociación Médica de Argentina* 2009; 122:33-35.
  
- 5 Russell IT, Wilson BJ. Audit: the third clinical science? *Quality in health care* 1992; 1: 51-5.
  
- 6 MAYOL PERERA, Ma. Martha. SALVADOR CASALS. XXVI congreso nacional y primer congreso latinoamericano de administradores de servicios de salud, c.u.d.a.s.s. Montevideo. 2005.
  
- 7 SOLAR, MA. Auditoría Médica II: Experiencia extranjera y nacional. *Rev Méd Chile* 1960; 88: 601. Pag. 2.
  
- 8 Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.
  
- 9 Contraloría General de la República de Chile. Comité de Control Externo. Oficina Técnica: Normas de Auditoría de la Contraloría General, 1996.

10 LLANOS, I. MAYCA, J. NAVARRO, G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. 2006. *Rev Med Hered* 17 (4).

11. GONZALES LEÓN, Martha. GOMES, Ricardo. Evaluación de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-cavecera. Bucaramanga 2008. Disponible en línea: [http://biblioteca.ces.edu.co/asp/catalogacion/Ver\\_registro.aspx?id=40848&pag=catalogo](http://biblioteca.ces.edu.co/asp/catalogacion/Ver_registro.aspx?id=40848&pag=catalogo).

12. Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud de Colombia.

13. PEREZ, Andrea, Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional Sergio Eduardo Ayala Moreno, Bucaramanga . Santander 2007. Disponible en línea; [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_las\\_historias\\_clinicas\\_servicio\\_urgencias\\_Clinica\\_Regional.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf)  
Citado: 12/01/2012.

## ANEXOS

### ANEXO 1: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Para realizar el diligenciamiento del formato de evaluación de historias clínicas se debe considerar al diligenciar cada ítem las siguientes indicaciones.

- **Registro medico de ingreso a internación completamente diligenciado:** Se debe revisar la causa de ingreso, anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes personales y familiares, signos vitales, examen físico, impresión diagnóstica, comentario clínico y conducta. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **Notas de evolución medica diarias y completas:** Se debe revisar descripción de síntomas y signos, evolución del paciente y manejo. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **Ordenes médicas diarias y completas:** Se debe revisar formulación de medicamentos identificando nombre genérico o comercial, presentación, dosis y vía de administración. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **Análisis de resultados de paraclínicos:** Se debe revisar análisis de resultados paraclínicos y definición de la conducta adoptada. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **La historia clínica es legible:** Se debe revisar si la historia clínica se puede leer fácilmente, Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **Cumple con las 5 características de calidad en la atención:** Se debe revisar si la atención fue prestada con oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.
- **Se esclarecen los criterios porque el paciente esta hospitalizado:** Se debe revisar si se esclarece por que el paciente esta internado como

completando antibióticoterapia, en estudio clínico y describir las actividades que se están realizando en pro de mejorar la salud del paciente actividades con las cuales se justifica la estancia. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.

- **Se evidencia en historia clínica la gestión diaria realizada con entidades y /o intrahospitalaria a eventos pendientes:** Se debe revisar si en la historia clínica se consigna las actividades que se realizaron en la estancia del paciente actividades como gestión de actividades a realizar en cirugías, remisiones, trámite de interconsultas.
- **Se esclarece quien es el responsable de la revista diaria y se soporta nota hospitalaria con firma del especialista:** Se debe revisar si se enuncia en la nota medica quien es el especialista responsable de la revista clínica por turno y además la nota debe estar refrendada por el especialista de turno o tratante. Se debe calificar 10 si cumple con todos los parámetros evaluados y 0 si no cumple con todos los parámetros.

## LOS RANGOS DE CALIFICACIÓN

**Malo:** Con resultado de menores a 60 puntos.

**Regular:** Con resultado de menores a 74 puntos y mayores o iguales a 60 puntos.

**Bueno:** Con resultado de menores a 90 puntos y mayores o iguales a 75 puntos.

**Excelente:** Con resultado de mayores o iguales a 90 puntos.

Para la calificación de las variables de tomo un puntaje de calificación de 0 ó 10 ya que como lo establecen los parámetros de evaluación de auditoría existen eventos que cumplen o no cumplen con los estándares requeridos en una evaluación por tal motivo no existen valores intermedios en la evaluación de cada variable.

**ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADO POR EL HOSPITAL.**

		<b>AUDITORIA MEDICA</b>										
		<b>FORMATO DE EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS</b>										
<b>NIVEL DE AUDITORIA</b>		<b>CONTROL INTERNO</b>										
<b>SERVICIO</b>		<b>INTERNACION</b>										
<b>NOMBRE DE MEDICO HOSPITALARIO.</b>												
<b>PUNTAJE</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>	<b>0-10</b>
<b>NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS EVALUADAS</b>	REGISTRO MEDICO DE INGRESO A INTERNACION COMPLETAMENTE DILIGENCIADO	NOTAS DE EVOLUCION MEDICA DIARIAS Y COMPLETAS	ORDENES MEDICAS DIARIAS Y COMPLETAS	ANALISIS DE RESULTADOS DE PARACLINICOS	LA HISTORIA CLINICA ES LEGIBLE	CUMPLE CON LAS 5 CARACTERISTICAS DE CALIDAD EN LA ATENCION	SE ESCLARECEN LOS CRITERIOS PORQUE EL PACIENTE ESTA HOSPITALIZADO	SE EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA LA GESTION DIARIA REALIZADA CON ENTIDADES Y/O INTRAHOSPITALARIA A EVENTOS PENDIENTES.	SE ESCLARE QUIEN ES EL RESPONSABLE DE LA REVISTA DIARIA Y SE SOPORTA NOTA HOSPITALARIA CON FIRMA DEL ESPECIALISTA.	SE EVIDENCIA NOTA DE EGRESO COMPLETA AL EGRESO DEL PACIENTE QUE COMPLETO 15 DIAS HOSPITALIZADO.	PUNTAJE TOTAL	HC CORRECTAMENTE DILIGENCIADA
<b>RANGO TOTAL</b>	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150	0-150		
<b>PROMEDIO</b>												
NOMBRE DE AUDITOR SALUD						FIRMA DE AUDITOR SALUD					FECHA DE INFORME AL SERVICIO	